



Posthof Zentrum Gesundheit
Ingrid Hermann
Heilpraktikerin

**www.hermann-
heilpraktikerin.de**

Sehr geehrter Patient/in,

Sie haben in den nächsten Tagen einen Termin in meiner Praxis zur bioenergetischen Systemdiagnostik (EAV nach Dr. Voll).

Nur eine vollständige Diagnose ermöglicht eine komplexe Therapie als Voraussetzung für den Heilerfolg.

Darum bitte ich Sie,

- die Fragen, soweit es Ihnen möglich ist zu beantworten. Selbstverständlich können eventuelle Unklarheiten in der Praxis besprochen werden.
- am Tag der Austestung nur unvermeidliche Medikamente einzunehmen und zwei Stunden vorher keinen Kaffee zu trinken.
- Testung erfolgt an Händen und Füßen, deshalb bitte nicht eincremen
- **Nehmen Sie alle Medikamente und Nahrungsergänzungen zur Austestung mit**

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Beruf _____

Anschrift _____ Telefon _____ Krankenkasse _____

Email: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

1. Welche aktuellen Symptome, Beschwerden haben Sie (Stichworte mit Zeitangabe):

Symptom:	Seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Welche aktuellen Diagnosen sind Ihnen bekannt?

Diagnose:	seit wann?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Welche Diagnosen wurden jemals in ihrem Leben gestellt?

Wann?

>10 Jahren

3. Welche Diagnosen wurden jemals in ihrem Leben gestellt?	Wann?	>10 Jahren
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine, Spurenelemente u.s.w.? Nein

Ja, Welche?

5. Sportliche Betätigung: nein gelegentlich regelmäßig

Sportarten:

6. Was sind Ihre Ernährungsgewohnheiten? (vegetarisch, viel Fleisch, Rohkost u.s.w.)

7. Haben Sie Süchte (Rauchen, Süßigkeiten, Alkohol, Drogen u.s.w.)?

8. Was arbeiten Sie?

9. Umgang mit bestimmten Materialien (Lösungsmittel, Gift, Farben u.s.w.):

10. Wo sind sie bisher in Behandlung gewesen (bitte Arztbriefe wenn möglich mitbringen):

Hausarzt / Internist / Orthopäde / Chirurg / Augenarzt / Hals- Nasen- Ohrenarzt Hautarzt
 Nervenarzt / Urologe / Kinderarzt / Frauenarzt / Röntgen-Facharzt / Psycho-somatische
 Behandlung / Homöopathische Behandlung / Neuraltherapeut / Akupunktur-Behandlung Arzt für
 Naturheilverfahren / Heilpraktiker

11. Sind Sie jemals in einer Klinik behandelt worden? Nein: Ja: Wann und wo? Dauer?

12. Vegetative Dystonie

	ja	nein	weiß nicht
Erhöhte Temperaturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Erregbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchte Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen d. Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloß im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Herz- und Kreislauf

	ja	nein	weiß nicht
Blutdruck zu hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck wechselnd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelveränderunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Alle Impfungen:

	nein	Ja: Datum	>10 Jahre
Tetanus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Grippe (Influenza)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	nein	Ja: Datum	>10 Jahre
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thyphus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pocken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tollwut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sonstige Impfungen (z. B. wegen Auslandsreisen Gelbfieber): _____

Gab es Impfkomplicationen? Nein: , Ja: Welche: _____

15. Durchgemachte Erkrankungen:

	ja	Nein	weiß nicht
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziegenpeter (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch- oder Fleischvergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Infektionskrankheiten: _____

Krankheiten im Ausland: _____

Gab es Komplikationen bei diesen Krankheiten? Nein: , Ja:

Welche: _____

16. Operationen:

	nein	Ja: welches Jahr	weiß nicht
Mandeln-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kieferhöhlen-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stirnhöhlen-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ohren-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	nein	Ja: welches Jahr:	weiß nicht
Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Magen-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nieren-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gallenblase-OP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen: _____ wann: _____

Operationskomplikationen: _____

Unfälle und deren Folgen: _____

17. Erkrankungen in der Familie (gegebenenfalls Todesursache):

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Sind familiäre Risikofaktoren oder vererbte Erkrankungen bekannt?: Nein: , Ja: Welche:

18. Haben Sie rheumatische Erkrankungen: ja: nein:

Welche Gelenke sind bevorzugt befallen:

	ja	nein	Schmerz	Rötung	verformt		ja	Nein	Schmerz	Rötun	verform
Fingerendgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniegelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingergelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprunggelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelhandgelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fußwurzelgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zehengelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Schmerzcharakteristik: Dauerschmerz Schübe Rheumateste positiv: ja nein

19. Haben Sie allergische Erkrankungen (alle Arten von Unverträglichkeiten): ja: nein:

Was vertragen Sie nicht: _____

Gegen was sind Sie allergisch: _____

Wie tritt die Allergie auf: Hautausschlag Nesselfieber Asthma bronchiale Heuschnupfen

20. Haben Sie Erkrankungen des Magens - Darm - Leber und Galle: ja: nein:

Welche Krankheiten sind Ihnen bekannt? _____

Leiden Sie unter Verstopfung Blähungen Durchfall Koliken Gelbsucht

Leberschwellung Narbenbeschwerden

21. Haben Sie gynäkologische Erkrankungen: ja: nein:

Zyklus- oder Periodenstörungen, -schmerzen: _____

Vaginaler Ausfluss: ja nein

Bekannte Erkrankungen der Unterleibsorgane: _____

Verhütungsmittel: Pille: Spirale: sonstige Methoden: _____

22. Haben Sie Erkrankungen des Nieren- und Blasensystems: ja: nein:

Hatten Sie Nieren- / Blasen- / oder Prostataentzündungen / Steine / Tumoren

Kennen Sie die Erreger? Welche? _____

23. Nervenkrankheiten:

Haben oder hatten Sie Nervenleiden, bitte beschreiben: _____

24. Lunge und Bronchien:

Grippeerkrankung: oft gelegentlich nie

Was ist Ihnen bekannt? _____

Rauchen Sie? ja / nein Was und wie viel? _____

25. Hals- und Kopferkrankungen:

Haben Sie Herde? Wo? Nasennebenhöhlen Mandeln Zähne Narben Ohren

Haben Sie Ohrprobleme: Hörsturz Ohrgeräusch Schwerhörigkeit - rechts / links

Sehen Sie gut? ja nein Brille: kurz- weitsichtig wechselnde Sehschärfe

Bindehautentzündung grauer Star (Katarakt) grüner Star (Glaukom)

Netzhautablösungen Sehnervenentzündungen

Wie ist der Zustand der Zähne? ausgezeichnet zufriedenstellend mit Lücken

sanierungsbedürftig schlecht

Amalgamfüllungen viele Plomben

von Jugend an schlechte Zähne

Haben Sie dauernd oder gelegentlich Zahnschmerzen oder Zahnfleischbluten ?

Welche zahnärztlichen Materialien haben Sie im Mund? _____